

NUEVOS TRATAMIENTOS PARA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA CRÓNICA RECURRENTE REFRACTARIA

Dr. Guillermo J. RUIZ-ARGÜELLES

Clínica RUIZ de Puebla, México

gruiz1@clinaruiz.com

El término de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) debe abandonarse y emplear en su lugar el de trombocitopenia inmune primaria (TIP). El diagnóstico de TIP sólo debe considerarse cuando la cuenta plaquetaria es menor de $100 \times 10^9/L$. El tratamiento inicial para los casos de TIP de reciente diagnóstico debe hacerse con esteroides, inmunoglobulina G endovenosa (IgIV) o inmunoglobulina G anti-D. Es probable que la dexametasona endovenosa sea mejor que otros esteroides. La IgIV es costosa y probablemente no sea mejor que la IgG anti-D. En los casos de TIP asociados a infección intestinal por *H. pylori* es razonable erradicar la bacteria. En los casos de TIP crónicos, recurrentes ó refractarios, las recomendaciones terapéuticas debieran adaptarse a las condiciones específicas del sitio donde se llevará a cabo el tratamiento; en estos casos se recomiendan: Alemtuzumab, azatioprina, ciclosporina- A, ciclofosfamida, danazol, diamino-difenil-sulfona, micofenolato de mofetil, rituximab, esplenectomía, agonistas de los receptores de la trombopoyetina (TPO) y alcaloides de la vinca. Nosotros hemos tenido éxito empleando glóbulos rojos autólogos opsonizados con IgG anti-D, tratamiento que además, está provisto de un costo accesible. Las dosis de rituximab tradicionalmente utilizadas (375 mg/m^2) se pueden disminuir considerablemente (100 mg), obteniendo respuestas similares. Los agonistas de los receptores de la trombopoyetina con los que se tiene experiencia son eltrombopag y romiplostin. El primero se administra por vía oral cada 24 horas y el segundo se inyecta por vía subcutánea cada 7 días. Ambos son mucho más costosos que otros de los tratamientos que se han recomendado, por lo que la relación costo/beneficio de estos fármacos debe analizarse muy cuidadosamente antes de recomendarlos, sobre todo en países con economías desfavorables. Los resultados a largo plazo del empleo de estos dos agonistas de la TPO son similares.

Ruiz-Argüelles GJ, Apreza-Molina MG, Pérez-Romano B, Ruiz-Argüelles A.: The infusion anti-RhO (D) opsonized erythrocytes may be useful in the treatment of patients, splenectomized or not, with chronic, refractory autoimmune thrombocytopenic purpura: A prospective study. *Am J Hematol* 1993; 43:72-3.

Estrada-Gómez R, Vargas-Castro O, Oropeza-Borges M, González-Carrillo ML, Pérez-Romano B, Ruiz-Argüelles GJ.: A single institution, 20-year prospective experience with an affordable Fc-receptor blockade method to treat patients with chronic, refractory autoimmune thrombocytopenic purpura. *Rev Invest Clín Méx* 2007; 59:424-7.

Estrada-Gómez RA, Parra-Ortega I, Martínez-Barreda C, Ruiz-Argüelles GJ.: *Helicobacter pylori* infection and thrombocytopenia: A single-institution experience in México. *Rev Invest Clín Méx* 2007, 59:112-5.

Gómez-Almaguer D, Solano-Genesta M, Tarín-Arzaga L, Herrera-Garza JL, Cantú-Rodríguez OG, Gutiérrez-Aguirre CH, Jaime-Pérez JC.: Low-dose rituximab and alemtuzumab combination therapy for patients with steroid-refractory autoimmune cytopenias. *Blood* 2010;116:4783-5.

Provan D, Stasi R, Newland AC et al.: International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood* 2011; 115:168-86.